

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921 — N° 43.

Contribution à l'Étude

DE LA

TUBERCULISATION DE LA LOGE RÉNALE

Après Néphrectomie pour Tuberculose

—••••—

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DESTRE

Né à Châteauneuf (Saône-et-Loire), le 8 janvier 1887.



LYON

IMPRIMERIES REUNIES

Rue Rachais, 33-35

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULISATION DE LA LOGE RÉNALE

Après Néphrectomie pour Tuberculose

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921 — N° 43.

Contribution à l'Étude
DE LA
TUBERCULISATION DE LA LOGE RÉNALE
Après Néphrectomie pour Tuberculose

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DESTRE

Né à Châteauneuf (Saône-et-Loire), le 8 janvier 1887.



LYON
IMPRIMERIES REUNIES
Rue Rachais, 33-35

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LÉPINE. DOYEN.
X. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique		ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie		NOVÉ-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		MOURQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		VILLARD.
Pharmacologie		ARLOING (F.).
Thérapeutique		ÉTIENNE MARTIN.
		COURMONT.
		PIC.
		FLORENCE (G.).

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	MM. VALLAS.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
Chimie minérale	BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR.
Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	MM. HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORBIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (A.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER.

chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROCHET, Président; M. GAYET, Assesseur;
MM. THEVENOT (Léon) et MURARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR ROCHET

Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre Jury.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THÉVENOT

Qui nous a inspiré ce travail et nous a
guidé dans son exécution.

A MM. LES MEMBRES DE MON JURY

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Qu'elle reçoive ici l'assurance de mon
affection et de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

AVANT - PROPOS

Nous adressons ici tous nos remerciements à M. le Professeur ROCHET, qui nous a permis de recueillir à la Clinique d'Urologie tous les documents qui nous étaient nécessaires, et qui veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Nous ne dirons jamais toute la reconnaissance que nous devons à M. le Professeur agrégé THÉVENOT, qui nous a inspiré ce travail et guidé si heureusement dans nos recherches.

Si nous n'avons pas été aussi complet que nous l'aurions voulu, il voudra bien se rappeler que le chercheur d'or ne découvre pas toutes les pépites que le torrent recèle en son lit!

Nous ne pouvons terminer ce travail sans adresser nos remerciements à nos maîtres des Hôpitaux de Lyon ou de Saint-Etienne : en même temps qu'ils s'efforçaient de nous apprendre l'art de guérir, ils nous ont toujours donné des leçons de travail, d'énergie morale et de haute conscience professionnelle.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE ET DÉFINITION

Nous n'avons pas l'intention de décrire l'inoculation tuberculeuse banale de la plaie opératoire, après l'opération d'un rein tuberculeux. La fistule post-opératoire est un accident que l'on rencontre assez fréquemment.

Alors que la cicatrisation se fait dans des conditions normales, on voit le trajet des drains s'agrandir. Ceux-ci jouent dans la plaie qui laisse sécréter un liquide séropurulent. Les bords de la plaie prennent une teinte blafarde caractéristique et on les voit se recouvrir de bourgeons blanchâtres, qui présentent les caractères des fongosités tuberculeuses.

Cette complication a été signalée depuis longtemps par Dressman, Israël, Rovsing, qui attribuaient l'inoculation tuberculeuse partielle à la présence du moignon urétéral. Ces fistules durent un temps variable. Certaines, même, mettent plusieurs mois à guérir et habituellement on est presque toujours obligé d'intervenir secondairement.

Dans la *Revue de Chirurgie*, janvier 1909, M. Legueu avait publié un article très intéressant sur les périnéphritides consécutives à la néphrectomie. Les unes sont pour lui produites par la présence d'un corps étranger, ou bien par la persistance d'un fragment de bassinnet ; les autres, les plus nombreuses, se présentent après néphrectomie pour tuberculose du rein, et alors, les suppurations de la loge rénale sont presque la règle ; et même, dans

les cas où la réunion était obtenue par première intention, M. Legueu avait remarqué combien fréquents étaient les cas où la cicatrice s'ouvrait à nouveau pour laisser à sa place une fistule purulente.

Quelle que soit l'origine de ces fistules, qu'elles soient produites par des débris de la capsule rénale que l'on n'a pu enlever au cours de l'intervention, qu'elles soient entretenues par la périnéphrite abondante que l'on trouve autour d'un rein tuberculeux, ou par le moignon urétéral, nous ne nous attarderons pas sur cette variété d'inoculations tuberculeuses, sur cette infection partielle très limitée.

Nous avons uniquement en vue la périnéphrite totale, c'est-à-dire l'inoculation tuberculeuse massive de la loge graisseuse du rein après néphrectomie. C'est une inoculation diffuse généralisée à toute l'atmosphère graisseuse de la région.

TABLEAU CLINIQUE

Cette inoculation totale de la plaie opératoire a été bien décrite pour la première fois en 1909, par M. le Professeur Rochet, dans un article publié dans les *Annales des maladies génito-urinaires* et, plus récemment, par M. le Professeur agrégé Thévenot, dans une communication à l'Association française d'urologie, en 1920.

Elle débute de deux façons : quelquefois, dès les premiers jours qui suivent l'intervention, la température apparaît, oscillant entre 38° et 39°, alors que tout semble aller pour le mieux ; d'autres fois, la semaine après la

néphrectomie s'écoule sans élévation thermique et c'est seulement entre le 10^e et le 20^e jour que les phénomènes locaux apparaissent en même temps que l'ascension de la température.

Dans les trois cas de M. le Professeur Rochet, il s'agissait de deux femmes et d'un homme se présentant, au point de vue clinique, dans des conditions presque identiques. Ils étaient dans l'âge moyen de la vie, entre 35 et 40 ans. Ils présentaient de gros reins pyonéphrotiques, perceptibles à la palpation, douloureux, s'accompagnant d'une pyurie considérable. L'état des organes malades ne permit pas de faire autre chose qu'une néphrectomie lombaire sous-capsulaire.

Il y avait, en effet, de grosses difficultés pour réaliser la décortication extra-capsulaire. Chez deux de ces malades la couche adipeuse péri-rénale était transformée, par une inflammation chronique ancienne, en un tissu fibreux, extrêmement adhérent, d'un côté au rein, de l'autre côté aux parois de la loge rénale. Chez l'autre malade, le rein, plutôt petit, était englobé dans ce tissu lardacé dont on ne pouvait absolument pas le séparer.

Cette masse fibro-lipomateuse péri-rénale donnait la sensation d'un rein volumineux. Elle avait fini par suppurer, formant un vaste abcès que M. le Professeur Rochet fut obligé d'ouvrir comme premier temps de la néphrectomie.

Les adhérences inflammatoires très étendues, les manœuvres difficiles à faire, au fond d'une vaste cavité purulente, rendirent impossible une décortication extra-capsulaire et l'opération ne put être terminée qu'en passant sous la capsule du rein malade.

Chez ces trois malades, on fût obligé de se servir de la pince à demeure, afin d'assurer l'hémostase du pédicule. L'uretère ne put être disséqué, ni lié, ni cautérisé.

Les suites opératoires immédiates furent bonnes ; la température fut sensiblement normale, l'état général resta bon. On remarqua un rétablissement assez rapide de la fonction urinaire, grâce au rein laissé en place. Les plaies opératoires avaient été suturées sur presque toute leur étendue. Cependant, en arrière, on avait laissé place pour le passage des gros drains habituels.

Les fils furent enlevés une huitaine de jours après l'opération et les sutures paraissaient à ce moment fort bien tenir.

Tout continua à aller bien pendant une dizaine de jours encore, puis, vers le 20^e ou le 25^e jour après l'opération, les bords de la plaie devinrent blafards, la pression autour d'eux faisait sourdre un liquide grumeleux. Les drains, qui n'avaient pas été enlevés, jouèrent librement dans la plaie opératoire. Leur trajet s'agrandit progressivement, puis la plaie, qui était complètement fermée, sembla se décoller. C'était un décollement progressif qui se faisait de la profondeur vers la superficie.

On eut bientôt la sensation d'avoir une vaste cavité, la loge rénale, recouverte simplement par un voile constitué par la peau étirée.

A ce moment, on fut contraint de faire sauter ce pont tendu au-dessus du foyer opératoire et on constata que la désunion était complète, sans aucune trace de cicatrisation profonde ; les saillies musculaires étaient reconnaissables dans la profondeur. Les parois de la loge rénale ainsi béante étaient couvertes d'une sorte de mem-

brane fongueuse, parsemée de nombreux petits grains blanchâtres. On avait, en somme, l'aspect habituel de la membrane tuberculeuse d'un abcès froid. Nulle part, dans la plaie, on ne trouvait de bourgeons charnus véritables, nulle trace de cicatrisation de bon aloi, nulle tendance à la réparation. Au contraire, on apercevait dans la profondeur de petits foyers de propagation creusés dans les tissus péri-rénaux.

Il n'y avait pas de fièvre importante, 38° à 38°5. L'état général restait satisfaisant ; le rein du côté opposé continuait heureusement à sécréter une quantité suffisante d'urine.

Une fois les foyers opératoires réouverts, M. le Professeur Rochet s'appliqua à les cicatriser, et le but fut atteint assez facilement, grâce aux pansements habituels des grands abcès.

On n'a pas publié de nombreux cas de cette variété d'inoculation tuberculeuse massive.

M. Gangolphe, d'après M. le Professeur Rochet, en aurait observé d'absolument semblables.

Depuis sa publication, M. le Professeur Rochet a pu réunir de nouveaux cas ; nous reproduisons quelques-unes de ces observations, mais nous ne pouvons les relater toutes, car il s'est agi, en trois circonstances, de malades appartenant à la clientèle privée.

M. le Professeur agrégé Thévenot, dans sa récente communication, après avoir incriminé, comme nous le verrons dans la suite, l'uretère comme agent d'inoculation secondaire de la plaie opératoire, fait un tableau très précis de ces complications. La plaie fermée se décolle au bout de dix à vingt jours et le décollement est

total ; toute la surface est infectée, et l'inoculation est superficielle : il s'agit d'une mince membrane recouvrant le fond de la plaie et, par derrière elle, des tissus sains. Sur cette membrane, étalée comme un voile, on décèle des fongosités et des tubercules.

Si l'on gratte cette surface blafarde, vraie membrane d'abcès froid, on tombe sur du tissu non altéré, et la couche musculaire sous-jacente, les interstices des muscles, tout est demeuré indemne, bien qu'à première vue on puisse croire que sous cette plaie blanchâtre, par endroits fongueuse et garnie de granulations, l'infection s'est étendue dans la profondeur.

De même, autour de la plaie, on ne voit aucune rougeur, aucune traînée de lymphangite.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les causes prédisposantes, on ne trouve rien de spécial : les malades chez qui cette complication s'est montrée étaient dans l'âge moyen de la vie ; on ne peut donc incriminer ni le jeune âge, ni la vieillesse ; on ne peut davantage incriminer le sexe, puisque l'inoculation tuberculeuse totale de la plaie a été observée, dans les huit cas que nous publions, chez des hommes et chez des femmes.

Quant aux causes déterminantes, elles sont beaucoup plus intéressantes à examiner.

1° Exaltation de la virulence des bacilles de Koch par la dilacération de la masse adipeuse péri-rénale.

On est frappé de ce fait que, dans toutes les observations signalées, il existait autour du rein malade une zone de périnéphrite lipomateuse très abondante, qui, souvent par les adhérences inflammatoires qu'elle déterminait, s'est opposée à l'opération extra-capsulaire du rein malade.

Il est bien certain que cette graisse péri-rénale possédait parfois des granulations tuberculeuses et, au cours de l'intervention, la dilacération de ces granulations a bien pu exalter la virulence du bacille.

Albarran avait insisté sur ces périnéphrites dans la tuberculose rénale. Il avait conseillé, même dans les cas

où une néphrectomie extra-capsulaire aurait pu être pratiquée, de terminer l'opération par un temps nouveau consistant dans l'ablation soigneuse de la graisse péri-rénale.

Et quand l'opération a été sous-capsulaire, il est évident que la présence de la capsule propre du rein suffit à expliquer bien des inoculations. Dans les trois premières observations de M. le Professeur Rochet, la néphrectomie avait été faite par cette méthode de nécessité.

De plus, nous trouvons une application de pinces à demeure. Or, le rein ne pouvant être suffisamment attiré en dehors, avec son bassinnet, la pince est plutôt placée sur ce bassinnet lui-même, souvent dilaté et malade. Sa section ainsi laissée au fond de la plaie doit constituer une excellente cause d'ensemencement tuberculeux, et il est permis de penser que certaines inoculations ont eu ce point de départ.

2° Rupture, au cours de l'intervention, d'un abcès tuberculeux.

M. Legueu, cherchant une explication dans les cas où on a pratiqué une opération extra-capsulaire, pense que certaines contaminations sont dues à l'infection opératoire. Il en est ainsi lorsque la poche rénale s'ouvre, malgré les précautions prises, sous l'influence des tractions ou des pressions exercées sur l'organe malade. Le pus se répand dans la plaie et l'ensemencement de la vaste surface cruentée peut fort bien donner lieu, au bout du temps nécessaire à l'inoculation, aux accidents un peu dramatiques que nous avons rapportés.

3° L'infection viendrait de l'uretère et, dans ce cas, ne se manifesterait qu'après le 10^e jour.

En effet, on voit l'inoculation de la plaie opératoire se produire alors que le rein a été enlevé très correctement par le procédé extra-capsulaire, sans rupture de poche purulente, sans lipomatose péri-rénale particulièrement accusée. Quand on voit se produire cette complication, malgré toutes les précautions prises, il est naturel de l'attribuer à l'uretère, puisqu'il est le seul point encore malade. Cette influence de l'uretère est bien connue et depuis longtemps on a cherché à la limiter.

La cause de ces inoculations secondaires de la plaie paraît bien être la présence du moignon urétéral qui se remet en communication avec le foyer opératoire, soit directement, soit indirectement.

Si, dans nos observations, on signale trois opérations sous-capsulaires, les autres furent extra-capsulaires et se passèrent très simplement. Au contraire, on est tombé sur un uretère toujours malade. Celui-ci a bien été lié, mais si une ligature peut tenir sur un uretère sain, il faut se méfier des ligatures portant sur les uretères infiltrés.

Ce qui fait penser que ce mode d'infection est le plus fréquent, c'est que ces complications apparaissent du 10^e au 20^e jour, -au moment où les catguts se sont résorbés.

Dans l'un des derniers cas, observés par MM. Rochet et Thévenot, l'uretère fut trouvé très augmenté de volume et ces auteurs pensèrent, au cours de l'opération, à la possibilité de l'inoculation totale de la plaie, à cause de l'état de l'uretère. Pour essayer de la prévenir, ou tout au moins de la diminuer, ils disséquèrent l'uretère sur une certaine longueur, puis, après l'avoir lié, ils le fixèrent sous la peau, dans l'angle inférieur de la plaie.

Malgré cela, l'inoculation totale se produisit. Toute la

plaie fut réouverte, mais la lésion n'allait pas en profondeur aussi loin que d'ordinaire ; elle était très nettement restée superficielle et avait son maximum dans la zone d'abouchement de l'uretère à la peau.

Ainsi donc, on peut penser que la principale cause d'inoculation tuberculeuse de la plaie tient à la présence du moignon urétéral qui déverse, malgré la ligature, les produits septiques dans le foyer opératoire.

Nous avons déjà décrit, dans le tableau clinique, l'aspect macroscopique de ces lésions constituées par de faux bourgeons charnus, parsemés d'une membrane ayant tous les caractères de la membrane tuberculeuse. L'examen microscopique, pratiqué dans la plupart des cas, avait montré les lésions les plus typiques de la tuberculose.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Contrairement à ce que ces accidents pouvaient faire craindre, tous les malades qui les présentèrent guérissent au bout d'un temps plus ou moins long, de deux mois à un an.

En raison du voisinage du péritoine, on pouvait redouter une péritonite ; en raison de la proximité du hiatus de Farabœuf, on pouvait craindre des complications du côté de la plèvre.

En réalité, on n'a jamais rencontré de péritonite ni de pleurésie.

La cicatrice qui mit parfois plus d'un an avant d'être complète ne s'est accompagnée d'aucune éventration. Les parois furent solides à ce niveau, sans aucune tendance à faire hernie. Les éléments essentiels dans la guérison de ces malades résident dans l'état des autres viscères et en particulier des poumons.

Il est évident que le pronostic est singulièrement assombri quand l'inoculation de la plaie survient chez un individu atteint de tuberculose pulmonaire avancée.

Et pourtant, ne trouvons-nous pas chez un malade de M. le Professeur Rochet une guérison complète, bien que le rein du côté opposé ne fût pas absolument sain.

Il est donc intéressant et consolant à la fois de noter que ces inoculations, qui se font sur une grande étendue

et une grande profondeur, qui mettent des mois à guérir, qui constituent un foyer de suppuration profuse, sont bien supportées si l'état des poumons est satisfaisant.

Il est bien certain qu'une pareille complication constitue un élément grave de dénutrition rapide dans le cas où il coexiste des lésions pulmonaires.

TRAITEMENT

I. — TRAITEMENT PRÉVENTIF.

On ne fera la néphrectomie sous-capsulaire que dans les cas où il ne sera absolument pas possible de faire autrement.

S'il fallait, à toute force, faire une néphrectomie sous-capsulaire de nécessité, à cause des difficultés à pratiquer une opération correcte, il serait bon de thermocautériser immédiatement la coque péri-rénale ; il faudrait réaliser une destruction rigoureuse des tissus suspects et toute la capsule est suspecte à cause des troncs lymphatiques qui la traversent venant du parenchyme rénal.

Dans ces cas, la mise en place d'une pince à demeure s'impose presque toujours, à cause de la difficulté à lier dans la profondeur. Il serait bon de la mettre le plus près possible de l'origine de l'uretère, de façon à enlever le bassinnet dans sa presque totalité.

Dans les cas de néphrectomie extra-capsulaire, il sera bon, suivant le conseil d'Albarran, d'enlever autant que possible la graisse péri-rénale, susceptible de donner lieu à une inoculation secondaire par les tubercules qui y sont disséminés.

Surtout, on portera ses soins du côté de l'uretère, qui sera disséqué et isolé le plus possible. Mais faut-il procéder à une ablation étendue de l'uretère ?

Dresman, Israël, Rovsing se contentent de fixer l'uretère à la paroi pour y faire des injections modificatrices, où le retrouver au cas où une urétérectomie serait nécessaire ultérieurement.

D'autres, tels que Lobker et Zuckerkandl, ont préconisé l'urétérectomie d'emblée.

M. Legueu y a eu recours au début, mais, plus tard, il a pensé que cette opération, assez complexe, n'était pas absolument nécessaire, car des malades chez qui on laissait l'uretère guérissaient aussi bien que les autres. Il pensait qu'il suffisait d'extirper de l'uretère toute sa partie supérieure, la plus atteinte.

L'uretère est alors sectionné au thermocautère entre deux ligatures au catgut et ce moignon est abandonné dans la plaie.

Mais, il vaut mieux, sans doute, comme le propose M. Thévenot, aboucher l'extrémité de l'uretère à la peau, après que l'on a détruit sa paroi interne avec la pointe du thermocautère.

II. — TRAITEMENT CURATIF.

Si, malgré ces précautions, la désunion totale de la plaie opératoire survient, le traitement curatif sera relativement simple.

Il consistera tout d'abord en pansements variés au goménol, au baume du Pérou, au salol ; on fera des attouchements avec de la teinture d'iode, le crayon de nitrate d'argent, la gaze iodoformée sera bourrée dans la cavité tuberculeuse.

Si ces moyens ne suffisent pas à exciter le bourgeonnement de la plaie, on aura recours au curettage des bourgeons tuberculeux et des fongosités, à l'ablation même au bistouri de la fausse membrane et des poches sous-jacentes.

Il est bien rare qu'avec ce traitement, on n'obtienne pas une cicatrisation progressive qui aboutit, en quelques mois, à la guérison complète des malades.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

(MM. ROCHET et THÉVENOT, in thèse de PERRICHON, 1912).

Néphrectomie droite, 22 janvier 1909.

Inoculation tuberculeuse totale de la plaie opératoire.

S..., 35 ans, journalier, entre à l'Antiquaille le 24 octobre 1908, pour des hématuries.

Son père, âgé de 73 ans, se porte bien. Sa mère est morte à 50 ans d'affection pulmonaire ayant duré quatre à cinq mois.

Il a eu six frères et sœurs ; l'un succomba un jour ou deux après sa naissance ; les autres sont en bonne santé.

Personnellement, il s'enrhume assez facilement ; il a eu quelques ganglions cervicaux non suppurés. Léger éthylysme.

Il a commencé à souffrir à 25 ans. Les mictions devinrent fréquentes, les urines troubles. Ses douleurs apparurent à la fin de la miction, puis des hématuries. Au début, le sang ne s'écoulait que vers la fin de la miction ; plus tard, les hématuries devinrent totales, elles n'étaient influencées ni par le repos, ni par la fatigue. Traité à l'hôpital d'Avignon, il conserva simplement quelques douleurs, mais la pyurie et l'hématurie disparurent.

En janvier 1908, après un répit de dix ans, les douleurs recommencèrent et s'accompagnèrent d'un tableau clinique identique au premier : douleurs, pyurie et, deux ou trois mois après, hématuries. De plus, le malade commença à ressentir des douleurs dans la région lombaire du côté droit, en même temps que son état général périclitait ; ces douleurs n'étaient pas très vives, elles revenaient à intervalles assez réguliers.

À l'entrée de S... à l'hôpital, les douleurs siégeaient toujours du côté droit. La palpation montrait un rein assez volumineux et douloureux, alors qu'il n'était pas perceptible à gauche. La vessie, d'une capacité de 130 cc., renfermait des urines troubles, sans odeur, hématiques. Le malade urinait en vingt-quatre heures près de deux litres : dix mictions par jour, trois ou quatre la nuit. Elles étaient douloureuses, surtout vers la fin.

Rien du côté des testicules, ni de la prostate.

L'état général est mauvais. On notait de la toux avec de la matité et de l'obscurité aux deux sommets, surtout à droite. Rien au cœur. Pas de troubles digestifs, malgré un amaigrissement considérable.

À la cystoscopie, on voyait une vessie recouverte de débris purulents, saignant facilement. Le cathétérisme du rein gauche donnait de l'urine peu claire, avec du pus, de l'albumine; les urines du rein droit étaient très louches et peu abondantes.

La première avait une teneur suffisante en urée, chlorures, phosphates ; la dernière était très pauvre en ces éléments. L'inoculation de l'urine gauche fut positive, de même que celle de l'urine totale.

Le 22 janvier 1909, le rein droit est enlevé. Très adhérent, surtout au pôle supérieur, il est environné d'une périnéphrite lipomateuse très accentuée, formant presque à elle seule le volume de la masse perçue à la palpation. Quelques foyers crétacés existent en certains points. Le rein est transformé, dans l'un des pôles, en une coque contenant une matière pâteuse et blanchâtre analogue à du mastic de vitrier.

L'opéré fut long à se rétablir : *il eut même une inoculation tuberculeuse totale de la loge opératoire qui nécessita la réouverture du foyer, au bout de trois semaines.*

Pendant longtemps, le malade n'émit que 700 grammes d'urines foncées, avec de l'albumine.

Au bout de quelques mois, elles s'élevaient à 1600 grammes.

Rentré chez lui, le 14 mai 1909, S... souffre du côté gauche, a des urines sales et maigrit. Il succombe deux ans environ après la néphrectomie, sans qu'il se soit jamais bien rétabli. Les accidents dus à la destruction progressive du rein resté en place n'ont fait que s'aggraver depuis l'opération.

OBSERVATION II

(Thèse de PERRICHON, 1912).

Néphrectomie gauche, le 30 septembre 1910.

M^{me} V. H..., cultivatrice, âgée de 29 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, fut prise brusquement d'une violente douleur dans la région vésicale, au mois d'octobre 1908. Cette douleur s'irradiait au méat urétéral et s'accompagnait d'un violent point de côté, dans l'hypochondre gauche. La malade avait des envies fréquentes d'uriner, mais n'émettait que quelques gouttes à la fois.

Cette crise douloureuse dura environ une heure et se répéta pendant trois mois, tous les huit jours ; elle ne fut jamais suivie d'hématuries ni d'expulsions de graviers.

Au mois de novembre 1909, nouvelle crise, mais avec pyurie et hématurie légère. Au mois de mai 1910, une hématurie totale.

Lorsque la malade vient à l'hôpital, le 22 septembre 1910, on constate que les reins ne sont pas perçus, mais que le gauche est un peu douloureux à la palpation profonde. La pression sur l'uretère est indolore.

Les urines sont troubles, purulentes. M^{me} V. H... urine toutes les heures et demie pendant le jour et quatre ou cinq fois pendant la nuit.

Le cathétérisme des uretères donne une urine claire à droite

et purulente à gauche ; l'examen chimique établit que le rein droit a une élimination fonctionnelle bonne, alors que la valeur du rein gauche est très faible.

L'inoculation des urines est positive des deux côtés.

Le 30 septembre 1910, le rein gauche est enlevé par la méthode extra-capsulaire, son pôle inférieur contient une caverne du volume d'une noix ; sa partie moyenne renferme beaucoup de petits tubercules.

La malade mit très longtemps à se relever de son opération : *la plaie s'inocula de tuberculose en certains points*. Enfin, elle quitta le service le 15 novembre 1910. Depuis lors, elle a été revue à différentes reprises : les urines sont toujours un peu troubles ; il y a encore un peu de cystite. L'uretère, qui était gros, est peut-être la cause de ces accidents.

OBSERVATION III

(M. REYNARD).

Mme C..., 30 ans, se présente le 3 novembre 1910, pour coliques néphrétiques à gauche, à la consultation de Saint-Charles. Celles-ci remontent à janvier 1910.

Entre temps, au mois de mai, la malade a eu une fausse couche, une salpingite, et elle a été opérée à la Charité par M. Albertin. Mais les coliques néphrétiques reprennent, revenant tous les deux mois environ. La violence de la douleur va en augmentant à chaque crise nouvelle. Elle se termine par l'expulsion d'un flot de glaires sanguinolentes.

La cystite s'installe avec pollakiurie, cuissons, troubles des urines.

On constate à l'examen cystoscopique : autour du col de larges bosselures d'œdème. L'orifice urétéral gauche est rouge, œdémateux, encerclé d'une ulcération à fond blanc.

Au voisinage on trouve disséminées quelques ulcérations blanches en coup d'ongle.

L'urine recueillie séparément donne les résultats suivants à l'analyse :

REIN DROIT

Urée	au litre 10,1
NaCl	10,80
Pas de globules de pus.	

REIN GAUCHE

Urée	7,1
NaCl	7,65
Nombreux globules de pus.	

L'examen direct du culot de l'urine totale ne révèle pas la présence de bacilles, mais l'inoculation est très positive.

7 août 1911. — Néphrectomie gauche lombaire extra-péritonéale.

On trouve un rein très adhérent au pôle supérieur.

On sectionne l'uretère à 10 centimètres du bassinnet après ligature. L'uretère est dilaté de la grosseur d'un crayon.

On fait la suture des plans à deux étages et l'on draine.

Le rein, dans sa moitié supérieure, est farci de tubercules crus. On note une petite caverne au voisinage du calice supérieur et s'ouvrant dans celui-ci.

Huit jours après l'opération, la plaie s'ouvre, les plans se désunissent. Après détersion, et quelques jours après, elle se présente en angle dièdre allant dans la profondeur jusqu'au péritoine ; la surface est totalement couverte d'un semis de granulations en grains de semoule.

On institue un traitement par le baume du Pérou, vin aromatique, bains de soleil. La fermeture de cette large excavation a été très longue. Six mois après, il y avait encore une

fistulette. Par la suite, on obtient une guérison complète : la cystite a guéri rapidement sans traitement ; les crises néphrétiques ne se sont plus reproduites. L'état général s'est remonté en très peu de temps.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur ROCHET, 30 septembre 1920).

Ex... Marie, 30 ans.

Pyurie et cystite chronique.

Inoculation des urines totales positive.

Inoculation des urines du rein gauche négative.

Au cystoscope, la vessie présente sur son plancher un aspect de cystite végétante et verruqueuse très intéressant.

2 novembre 1918. — Néphrectomie extra-capsulaire. L'uretère est très gros, plus gros que le petit doigt. Il est cautérisé au fer rouge et ligaturé.

Le rein est énorme et farci de grosses cavernes tuberculeuses. Tout se passa bien après l'opération au point de vue de la fonction du rein resté en place.

Mais une dizaine de jours après l'opération, la plaie, qui jusque-là avait très bon aspect, commence à se désunir : on fit sortir du pus par la pression et un nouveau drainage ne suffisant pas, on fut obligé de réouvrir les deux tiers supérieur de la plaie pour panser à plat. On vit alors que la surface était criblée de petits foyers tuberculeux.

Progressivement, la plaie finit par se fermer, au bout de plusieurs mois. Il resta cependant deux fistules qui donnent encore un peu à l'heure actuelle, c'est-à-dire dix-huit mois après l'opération. L'état général, d'ailleurs, est excellent ; la cystite qui avait mis longtemps à guérir est finie maintenant.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur ROCHET).

B... Jean-Marie, 35 ans.

Le malade entre à l'hôpital des Minimes le 24 octobre 1917, avec le diagnostic : pyurie-albuminurie.

A l'examen on note :

Urines. — Floconneuses dans le premier verre, partiellement éclaircies par l'acide acétique, elles présentent un gros disque d'albumine, en partie acéto-soluble.

Urètre. — Il est libre à l'explorateur 18.

Vessie. — Sa capacité est de 240 cc. ; la rétention de 80 cc. On ne perçoit pas de calculs.

Reins. — Le rein droit n'est ni perceptible, ni douloureux. Le rein gauche ne peut être recherché, par suite de la défense de la paroi.

Prostate. — Elle est de volume normal ; au milieu, on note une grande barre longitudinale, dure, bosselée, douloureuse à la pression.

Vésicules séminales. — La vésicule gauche est perceptible.

Organes génitaux externes. — La tête de l'épididyme droit est indurée.

Le 27 octobre 1917. — On fait l'inoculation totale des urines au cobaye ; et, le 9 décembre, quand on sacrifie l'animal, on trouve une grosse induration au point d'inoculation des ganglions caséux, une rate farcie de granulations et des petites granulations sur le foie.

Le résultat est donc positif.

Le 29 décembre 1917. — On pratique la cystoscopie : la vessie est légèrement congestionnée ; la zone urétérale gauche est complètement masquée par l'œdème. Il est impossible de voir l'orifice urétéral de ce côté.

L'orifice urétéral droit paraît normal, facile à cathétériser et l'urine retirée est analysée ; on trouve II,26 pour mille d'urée et 21 pour mille de chlorure de sodium.

A l'inoculation des urines du rein droit, on obtient un résultat négatif.

Le 27 février 1918. — Le malade venant des Minimes rentre à l'Antiquaille avec une inoculation d'urines totales positive et une inoculation d'urines du rein droit négative.

Les urines sont un peu moins troubles, aussi le malade est mis en observation quotidienne ; elles sont uniformément louches, mais non sanguinolentes.

Le 5 mars 1918. — Elles ne contiennent pas d'albumine et le malade a trois ou quatre mictions la nuit.

7 mars. — Les reins ne sont pas perceptibles. Les urines sont légèrement louches ; elles ne contiennent pas d'albumine et la filtration les éclaircit complètement.

14 mars. — On pratique une inoculation d'urines totales qui est très positive.

11 mai 1918. — Le malade avait été envoyé en convalescence ; il revient et ses urines sont nettement pyuriques avec des grumeaux et quelques petits filaments de sang. Après filtration, elles contiennent un très petit disque d'albumine.

24 mai 1918. — Le malade entre à l'hôpital de la Soie, et le 24 juin, le professeur Rochet trouve le rein gauche douloureux, mais pas objectivé, et quelques jours après, M. le docteur Mollard fait l'examen pulmonaire qui est négatif.

Le 13 juillet. — Néphrectomie extra-capsulaire.

9 septembre 1918. — La cicatrisation de la plaie opératoire est presque complète, pourtant, au niveau de l'orifice du drain, il persiste un bourgeon charnu.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur ROCHET).

Ch... Marie, 22 ans.

La malade rentre à l'Antiquaille, atteinte d'une tuberculose rénale très nette du côté droit, et souffrant d'une cystite très douloureuse depuis déjà deux ou trois ans.

Le rein gauche étant bon, on fait une néphrectomie, en janvier 1919. On est obligé de faire une sous-capsulaire par suite des adhérences trop marquées du rein et de la présence de grosses poches purulentes prêtes à se rompre pendant la décortication.

L'uretère est gros comme un porte-plume, mais pas induré, souple. On ligature et on cautérise au fer rouge le bout périphérique.

Les suites opératoires furent simples, mais la pyurie et la cystite durèrent longtemps, encore, à l'heure actuelle, la malade souffre de la vessie. A la cystoscopie, on notait, du reste, du côté malade, des fongosités et des ulcérations vésicales.

Quant à la plaie opératoire, elle se désunit presque complètement vers le quinzième jour, on constata alors l'inoculation tuberculeuse de cette plaie et on pansa à plat à la gaze iodoformée.

L'état général était resté bon malgré cette complication locale et malgré la cystite.

A l'heure actuelle, 30 septembre 1920, plus d'un an après l'opération, la plaie est complètement cicatrisée depuis plus de deux mois, mais la cystite persiste encore (10 à 12 mictions la nuit). La malade a engraisé et son aspect extérieur ne pourrait faire supposer les lésions qu'elle porte encore.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur ROCHET).

R... Bernard, 32 ans, employé de banque.

Le malade entre à la clinique d'urologie à Saint-Pothin, le 19 mars 1920, pour bacillose rénale droite vérifiée par deux inoculations au cobaye, le 28 janvier 1918 et le 28 septembre 1919.

À l'entrée, à la radiographie, le rein droit est gros et abaissé; pas de calculs.

On pratique la cystoscopie le 27 mars 1920. On est dans l'impossibilité de passer à droite; on fait le cathétérisme urétéral gauche.

Après l'inoculation au cobaye, les urines gauches donnent un résultat négatif. Quant aux urines totales, elles sont positives et sur l'animal sacrifié, on note des ganglions inguinaux et lombaires et des granulations sur la rate.

28 juin 1920. — Néphrectomie par voie lombaire. Périnéphrite très intense. Périhilite. Urètre énorme. Difficulté de constituer le pédicule. Abouchement de l'extrémité inférieure de l'urètre à la peau.

(La pièce fut présentée par M. Thévenot, à la Société de Chirurgie, le 24 juin.)

15 juillet. — La plaie opératoire est complètement ouverte: les deux sections musculaires en présence bourgeonnent faiblement. Au fond de la plaie, on découvre un petit orifice qui admet la pointe d'un stylet et paraît être l'urètre.

La plaie présente quelques petites granulations blanchâtres, pareilles à des tubercules miliaires, dont le nombre va en décroissant, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'urètre.

Il semble qu'il y ait eu une inoculation de la plaie par l'urètre infecté.

Il n'y a pas de décollements profonds, ni d'abcès.

L'état général est bon ; on perçoit quelques râles de bronchite.

26 juillet. — Prélèvement d'un bourgeon charnu de la plaie pour examen microscopique.

Prélèvement de pus à la curette, au niveau de l'uretère et inoculation au cobaye.

18 août. — Le malade sort complètement cicatrisé : pas de fistule lombaire.

« Les fragments examinés sont des bourgeons formés d'un stroma hyalin riche en cellules, les unes petites à type de polynucléaires, les autres plus volumineuses et à gros noyaux. On voit aussi de nombreux capillaires néoformés.

Ce sont là des lésions inflammatoires ; on ne voit pas de formations tuberculeuses nettes ». (Bouchut.)

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. THÉVENOT).

P., 45 ans, né de parents bien portants, a un frère asthmatique et une sœur qui fut atteinte de pleurésie.

Personnellement, il présenta jusqu'à l'âge de 25 ans, de l'incontinence nocturne d'urine.

A 20 ans, il eut un abcès iliaque gauche qui suppura pendant un an, puis se cicatrisa.

A 21 ans, il présenta un abcès iliaque droit qui suppura pendant plusieurs mois.

A 27 ans, il fit un abcès de la face externe du calcanéum gauche.

Il présente, en outre, depuis sa jeunesse, des craquements dans nombre d'articulations. Il maigrit depuis dix ans.

Les troubles urinaires ont commencé en janvier 1920, par des besoins fréquents d'uriner, avec urines troubles.

En avril 1920, P..., urine toutes les heures, soit le jour, soit la nuit. Les besoins d'uriner sont impérieux. Pas de douleur au niveau de la vessie, mais douleurs vagues dans les reins, surtout à droite.

Les reins ne sont pas perceptibles.

Les urines sont troubles, un peu absinthiques. La capacité vésicale est de 75 cc.

Il n'y a pas de lésions génitales.

Le 7 juin, une cystoscopie faite sur une vessie de 50 cc. montre un orifice urétéral droit enflammé, irrégulier ; l'orifice gauche est normal. Les urines sont troubles à droite, claires à gauche. L'inoculation au cobaye est positive à droite. L'examen microscopique montre à droite de très nombreux polynucléaires; il n'y en a pas à gauche.

L'examen chimique donne les résultats suivants :

REIN DROIT

Urée	10,57
Chlorures	7,60

REIN GAUCHE

Urée	18,81
Chlorures	13,25

L'affection paraissant s'aggraver progressivement, malgré le traitement médical, la néphrectomie du rein droit est pratiquée par la voie lombaire le 27 octobre 1920. Elle se fit sans incidents ; le rein droit renfermait plusieurs cavernes ; l'uretère était gros, épaissi.

Dès les premiers jours, le malade eut une température élevée, qui atteignait le soir 40°, sans suppuration par les drains. Au bout de quinze jours, la plaie se désunit spontanément dans toute son étendue ; toute la surface cruentée était recouverte de fongosité, de granulations tuberculeuses qui

s'insinuaient entre les différents plans de la paroi abdominale postérieure. C'était là le tableau typique de la périnéphrite tuberculeuse post-opératoire, telle que l'avait décrite le professeur Rochet, en 1909, et telle que nous l'avons présentée au Congrès d'urologie de 1920.

Cette périnéphrite fut pansée à plat, la plaie étant cautérisée fréquemment à la teinture d'iode. La surface cruentée ne fut jamais curettée.

Un mois après, le malade qui paraissait s'améliorer progressivement fut pris dans la nuit de douleurs de tête avec vomissements, puis présenta de la torpeur cérébrale, du ptosis de la paupière supérieure gauche, des contractions des muscles de la face et succomba cinq jours plus tard, le 10 décembre.

Il ne fut pas possible de faire l'autopsie et de confirmer le diagnostic de méningite qui avait été porté.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Professeur ROCHET).

(Thèse de COEURDEVY. Obs. I).

Mlle X..., 25 ans, présente depuis deux ou trois ans des phénomènes de cystalgie symptomatiques d'une tuberculose rénale. Comme antécédents, elle a eu, il y a quelques années, une pleurésie légère ; le médecin avait pensé alors à une nature tuberculeuse de l'affection.

Le cathétérisme urétéral avec inoculation consécutive montra que le rein gauche seul était atteint. Les urines de ce côté étaient très claires avec un très léger disque d'albumine.

La néphrectomie du rein gauche eut lieu en avril 1920.

Les suites opératoires furent mauvaises dès le début.

La plaie s'inocula de granulations tuberculeuses bien qu'on

eût fait la néphrectomie extra-capsulaire. Cette périnéphrite tuberculeuse dura très longtemps avec de la fièvre et un mauvais état général. La malade paraissait sous le coup d'une imprégnation tuberculeuse aiguë et on pouvait craindre une granulie. Elle fit même des abcès autour de l'anús terminés cependant sans fistules.

La sécrétion urinaire du rein restant fut longue à se rétablir, comme quantité avoisinant le litre et cependant la valeur fonctionnelle de ce rein avait paru bonne avant l'opération.

Les choses durèrent en l'état, toujours avec de la fièvre le soir, du pus dans les urines et un peu d'oligurie jusqu'en septembre 1920.

La plaie de la néphrectomie avait fini par se fermer presque entièrement .

Au mois de septembre, apparition assez brusque d'une douleur vive du côté du rein restant, qui devint gros avec une recrudescence de la fièvre. Le médecin appelé fit le diagnostic de rétention purulente du rein droit. On était sur le point d'intervenir par ponction ou par néphrotomie quand la débâcle se fit du côté de la vessie, avec élimination d'une grande quantité d'urines purulentes. Le cathétérisme urétéral n'a pas été fait du côté du rein restant, mais d'après le tableau clinique, il s'est produit un envahissement du rein droit .

La malade est en ce moment dans un état très précaire.

CONCLUSIONS

L'infection tuberculeuse de la loge rénale est une complication fréquente de la néphrectomie.

Dans sa forme bénigne, partielle, et de beaucoup la plus souvent observée, elle se borne à l'inoculation du trajet de drainage, trajet qui se ferme très lentement, après destruction des fongosités à la curette ou par des cautérisations répétées.

La forme grave, totale, celle qui fait l'objet de cette étude, paraît plus rare. Elle apparaît immédiatement à la suite de l'intervention ou ne débute que dix à quinze jours plus tard.

Accompagnée ou non de température, elle se traduit par la désunion spontanée ou totale de la plaie opératoire, qui apparaît couverte de granulations, d'ulcérations ou de fongosités.

Cette complication, par un traitement approprié, paraît guérir au bout de plusieurs mois, dans la presque totalité des cas, sans laisser d'éventration.

Elle paraît tantôt la conséquence d'une inoculation opératoire, par rupture d'un abcès tuberculeux, au cours de la néphrectomie ;

Tantôt, le résultat d'une dilacération de foyers tuberculeux latents, au cours d'une néphrectomie sous-capsulaire ;

Tantôt, la conséquence de l'inoculation de la plaie par l'uretère, qui vide le pus tuberculeux qu'il contient, après la chute du fil de ligature.

Il est donc permis d'espérer la diminution de fréquence de cette complication, soit en ne pratiquant pas la néphrectomie sous-capsulaire, soit en abouchant à la peau la tranche de section de l'uretère, lorsque celui-ci paraît profondément touché.

Le traitement curatif consiste en destruction des fongosités par le curettage, par des cautérisations répétées (fer rouge, nitrate d'argent, etc.) ; la plaie devra toujours être pansée à plat ; des agents modificateurs (baume du Pérou, iodoforme, etc.) seront de la plus grande utilité.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
ROCHET.

Vu :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 janvier 1921.

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires, Paris 1909.
- BOECKEL. — Résultats immédiats et éloignés de 57 néphrectomies pour tuberculose rénale. Statistique intégrale de M. le professeur agrégé André, de Nancy. (Communication au Congrès d'Urologie de Vienne, 11-13 septembre 1911.)
- GUILLON. — Thèse de Paris, 1911.
- LEGUEU. — Péri-néphrites consécutives à la néphrectomie, *Revue de Chirurgie*, 1909, page 86.
- LÖBKER. — Zur Behandlung des Ureteres bei Nierenextirpation, *Deutsche Medic. Woch.*, 1905, n° 51.
- MARION. — Les indications thérapeutiques de la tuberculose rénale. (Concours médical du 12 avril 1908.)
- POUSSON. — De l'avenir des néphrectomisés. (XVI^e Congrès international de Médecine, août 1909.)
- ROCHET (prof.). — Inoculation tuberculeuse de la plaie opératoire après néphrectomies faites pour tuberculose rénale, *Annales des maladies génito-urinaires*, août 1909, n° 16, page 1226.
- Onze cas de néphrectomie avec tuberculose rénale bilatérale. (Communication à la séance de la Société de Chirurgie de Lyon, le 1^{er} février 1912.)
- THÉVENOT. — Péri-néphrites tuberculeuses après néphrectomie pour tuberculose rénale. (Association française d'Urologie, 1920.)
- VON HYÈS. — *Folia Urologica*, 1908.
-

20573 — IMP. RÉUNIES, 33-35, RUE RACHAIS — LYON
